VOL. 32 N.º 4

# ANAIS BRASILEIROS
## DE
# DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

D E Z E M B R O  D E  1 9 5 7



PUBLICAÇAO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

*ANTIMICÓTICO*
*INODORO*

**Pó — Pomada — Solução**

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 32 DEZEMBRO DE 1957 N.º 4

# Estudo clínico-epidemiológico da micose de Lane e Pedroso (cromomicose ou cromoblastomicose) no Estado do Pará

**Domingos Silva**

Quando, em 1955, estudamos a incidência da micose de Lane e Pedroso no Brasil e no mundo [1], acentuáramos que, em face ao grande número de casos arrolados no Estado do Pará em tão curto espaço de tempo, tudo fazia prever que a Amazônia seria em breve o maior foco da micose no Brasil.

Já agora podemos informar que as nossas previsões eram absolutamente certas, transformando-se o Estado do Pará, onde se desenrolaram as nossas pesquisas, na zona de maior difusão da fungose, em todo o globo.

A ajuisar dos dados que colhemos até fins de 1954, haviam sido registrado 418 casos em todo o mundo, dos quais 167 no Brasil, ou sejam 39,9%.

Nessa estatística, Minas Gerais apresentava 32 casos, Rio Grande do Sul tinha 31 casos, Pará registrava 29 casos e S. Paulo vinha em 4.º lugar com 27 casos.

Sem atentar nas possibilidades da existência de novos casos no território nacional, nestes últimos três anos, verificamos que a incidência da micose subiu muito no Estado do Pará, onde já registramos 41 casos, passando assim de 16,3 % em 1954 para 22,9 %.

Se atentarmos, porém, para a *relação caso-habitante*, evidenciaremos então, em tôda sua extensão, que a micose em tela constitui um problema que deve ser encarado frontalmente, pela gravidade que oferece à população do vale amazônico e constituindo-se num perigo muito maior que nos Estados do Sul do Brasil.

Assim, no Estado do Pará, com 1.266.000 habitantes, a relação caso-habitante é 1/31.650 (dados do I.B.G.E. para 1956).

Já nos outros 3 Estados, encontramos os seguintes dados:

*a*) Minas Gerais: 8.172.000 habs. e 32 casos (rel. caso-habs.: 1/255.375);

---

Professor Catedrático de Clínica Dermatológica da Fac. de Med. da Univ. do Pará.

*b*) Rio Grande do Sul: 4.567.000 e 31 casos (rel. caso-habs.: 1/147.322); e

*c*) São Paulo: 10.081.000 habs. e 27 casos (rel. caso-habs.: 1/373.370).

Os dados estatísticos referentes aos três Estados estão ajustados para 1954 (I.B.G.E.)

Fica, assim, patenteado que a micose de Lane e Pedroso assume aqui uma incidência muito alta, não sòmente porque o número de casos registrados — 41 — é o mais alto do Brasil, como porque a relação entre o número de casos e a distribuição dos mesmos em relação à população acentua o desequilíbrio.

Foi justamente baseado nesta relação que Romero e Trejos [2] não consideravam o Brasil como o maior foco da micose, pois, tendo 39,9% dos casos conhecidos no mundo, a relação caso-habitantes era de 1/342.676, a ajuisar dos dados do I.B.G.E. em 1954, enquanto que em Costa Rica, com apenas 34 casos conhecidos, a relação caso-habitantes era igual a 1/24.275.

Em função dêstes dados, que, aliás, nos parecem muito mais importantes estatisticamente, temos a impressão de que dentro em breve teremos uma relação caso-habitantes bem maior que a de Costa Rica.

Até 1942 a micose de Lane e Pedroso era pràticamente desconhecida no Estado do Pará. Os dois primeiros casos foram identificados por Aben-Athar [3]. De 1948 até 1954 foram registrados 27 outros [1]. Nos anos de 1955 e 1956 o Serviço de Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Pará registrou mais 12 casos, fazendo a casuística subir a 41 casos conhecidos. E' preciso acentuar que êsses dados se referem exclusivamente ao Estado do Pará (onde só acidentalmente chegam doentes dos Estados e Territórios limítrofes), não incluindo, portanto, a casuística dos Territórios, Estados do Amazonas e partes de Goiás, Mato Grosso e Maranhão, integrados na Hiléia Amazônica, dadas as suas características mesológicas absolutamente idênticas.

## RESUMO

O A. apresenta quarenta e um casos da micose de Lane e Pedroso (cromicose ou cromoblastomicose) registrados no Estado do Pará, que passa a ser o maior foco da micose no Brasil. Tece considerações sôbre a fungose e demonstra que a relação caso-habitante é, no Estado do Pará, igual a 1/21.650 habst., enquanto que para todo o território nacional é igual a 1/330.055 habs. ou seja dez vêzes menos.

O A. apresenta tabela contendo um resumo da observação clínica, referindo côr, sexo, idade, profissão, tempo de doença, forma e localização inicial, tipo atual da lesão e diagnósticos clínico, micológico e histopatológico.

## SUMMARY

The Author presents 41 cases of Lane and Pedroso Mycosis recorded in the State of Pará which thus becomes the greatest focus of the type of mycosis in Brazil.

CASOS DA MICOSE DE LANE E PEDROSO REGISTRAD

| Ns. | NOMES | SEXO | CÔR | IDADE | ESTADO CIVIL | PROCEDENCIA | PROFISSÃO | TEMPO DA DOENÇA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 2 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 3 | I. P. B. | F | F | 52 | casado | Mun. Bragança | lavrador | 29 anos |
| 4 | M. C. R. | F | F | 48 | casado | Belem | lavadeira | 15 anos |
| 5 | F. A. O. | M | F | — | — | — | — | — |
| 6 | S. P. | M | F | — | — | — | lavrador | — |
| 7 | A. F. S. | M | F | — | — | — | lavrador | — |
| 8 | J. A. F. | M | M | 42 | solteiro | Ananindeua | taifeiro | 7 ano |
| 9 | M. R. P. | M | L | 56 | casado | — | lavrador | 10 anos |
| 10 | J. M. L. | M | F | 57 | — | Belém | caldeireiro | 4 anos |
| 11 | M. J. S. | M | L | 48 | — | Nova Timboteua | lavrador | 10 anos |
| 12 | P. V. C. | M | F | 58 | viúvo | Belém | pedreiro | 6 anos |
| 13 | R. C. B. | M | L | 64 | — | Belém | comerciário | 25 anos |
| 14 | S. A. D. | M | M | 52 | casado | Belém | braçal | 4 anos |
| 15 | F. P. O. | M | L | 52 | viúvo | Bragança | lavrador | 10 ano |
| 16 | A. P. F. | M | F | 13 | menor | Vigia | lavrador | 4 anos |
| 17 | R. C. B. | M | L | 63 | casado | Curralinho | lavrador | 2 anos |
| 18 | M. R. P. | M | F | 54 | casado | Bragança | lavrador | 30 ano |
| 19 | B. P. | M | M | 36 | solteiro | St. Luzia-Barbados | garimpeiro | 4 ano |
| 20 | B. S. G. | M | F | 63 | casado | Curuçá | lavrador | 3 ano |
| 21 | S. F. | M | F | 56 | casado | Barcarena | lavrador | 10 ano |
| 22 | R. F. A. | M | L | 52 | casado | Ourém | lavrador | 30 ano |
| 23 | M. M. S. | M | F | 74 | viúvo | Acará | lavrador | 4 ano |
| 24 | H. C. | M | M | 52 | solteiro | Portel | lavrador | 1 ano |
| 25 | R. V. O. | M | M | — | — | — | lavrador | 5 ano |
| 26 | J. A. F. | M | — | — | — | — | — | — |
| 27 | J. N. C. | M | — | — | — | — | — | — |
| 28 | J. T. P. | M | — | — | — | — | — | — |
| 29 | O. P. J. | M | L | 31 | casado | Ig. Açu | lavrador | 9 an |
| 30 | S. S. P. | M | F | 59 | casado | São Miguel | lavrador | 13 an |
| 31 | A. B. R. | M | L | 50 | solteiro | Vigia | lavrador | 3 an |
| 32 | C. V. A. | M | F | 44 | solteiro | Castanhal | lavrador | 15 an |
| 33 | A. A. A. | M | F | 31 | solteiro | T. Acre - Rio Jari | seringueiro | 8 me |
| 34 | M. J. S. | M | L | 60 | casado | Timboteua | lavrador | 10 an |
| 35 | R. S. C. | M | F | 32 | casado | Ourém | lavrador | 9 me |
| 36 | [illegible] | M | [illegible] | [illegible] | casado | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

| Ns. | NOMES | SEXO | CÔR | IDADE | ESTADO CIVIL | PROCEDÊNCIA | PROFISSÃO | TEMPO DA DOENÇA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 2 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 3 | I. P. B. | F | F | 52 | casado | Mun. Bragança | lavrador | 29 anos |
| 4 | M. C. R. | F | F | 48 | casado | Belém | lavadeira | 15 anos |
| 5 | F. A. O. | M | F | — | — | — | — | — |
| 6 | S. P. | M | F | — | — | — | lavrador | — |
| 7 | A. F. S. | M | F | — | — | — | lavrador | — |
| 8 | J. A. F. | M | M | 42 | solteiro | Ananindeua | taifeiro | 7 anos |
| 9 | M. R. P. | M | L | 56 | casado | — | lavrador | 10 anos |
| 10 | J. M. L. | M | F | 57 | — | Belém | caldeireiro | 4 anos |
| 11 | M. J. S. | M | L | 48 | — | Nova Timboteua | lavrador | 10 anos |
| 12 | P. V. C. | M | F | 58 | viúvo | Belém | pedreiro | 6 anos |
| 13 | R. C. B. | M | L | 64 | — | Belém | comerciário | 25 anos |
| 14 | S. A. D. | M | M | 52 | casado | Belém | braçal | 4 anos |
| 15 | F. P. O. | M | L | 52 | viúvo | Bragança | lavrador | 10 anos |
| 16 | A. P. F. | M | F | 13 | menor | Vigia | lavrador | 4 anos |
| 17 | R. C. B. | M | L | 63 | casado | Curralinho | lavrador | 2 anos |
| 18 | M. R. P. | M | F | 54 | casado | Bragança | lavrador | 30 anos |
| 19 | B. P. | M | M | 36 | solteiro | St. Luzia-Barbados | garimpeiro | 4 anos |
| 20 | B. S. G. | M | F | 63 | casado | Curuçá | lavrador | 3 anos |
| 21 | S. F. | M | F | 56 | casado | Barcarena | lavrador | 10 anos |
| 22 | R. F. A. | M | L | 52 | casado | Ourém | lavrador | 30 anos |
| 23 | M. M. S. | M | F | 74 | viúvo | Acará | lavrador | 4 anos |
| 24 | H. C. | M | M | 52 | solteiro | Portel | lavrador | 1 ano |
| 25 | R. V. O. | M | M | — | — | — | lavrador | 5 anos |
| 26 | J. A. F. | M | — | — | — | — | — | — |
| 27 | J. N. C. | M | — | — | — | — | — | — |
| 28 | J. T. P. | M | — | — | — | — | — | — |
| 29 | O. P. J. | M | L | 31 | casado | Ig. Açu | lavrador | 9 anos |
| 30 | S. S. P. | M | F | 59 | casado | São Miguel | lavrador | 13 anos |
| 31 | A. B. R. | M | L | 50 | solteiro | Vigia | lavrador | 3 anos |
| 32 | C. V. A. | M | F | 44 | solteiro | Castanhal | lavrador | 15 anos |
| 33 | A. A. A. | M | F | 31 | solteiro | T. Acre - Rio Jari | seringueiro | 8 meses |
| 34 | M. J. S. | M | L | 60 | casado | Timboteua | lavrador | 10 anos |
| 35 | R. S. C. | M | F | 32 | casado | Ourém | lavrador | 9 meses |
| 36 | J. B. S. | M | F | 65 | casado | Barcarena | lavrador | 10 anos |
| 37 | P. S. S. | M | F | 40 | casado | Ig. Açu | lavrador | 3 anos |
| 38 | O. S. | F | F | 29 | casado | Belém | pr. domésticas | 6 anos |
| 39 | M. M. R. | M | F | 57 | casado | Belém | lavrador | 3 anos |
| 40 | F. B. A. | M | L | 44 | solteiro | Marabá | lavrador | 3 anos |
| 41 | G. R. S. | M | M | 58 | viúvo | Ourém | lavrador | 2 anos |

Sexo { M = masculino; F = feminino

Côr { M = melanoderma; F = faioderma; L = leucoderma

Diagnóstico { + = positivo; — = negativo; § = não foi feito

TRADOS NO ESTADO DO PARÁ ATÉ 1/7/1957

| PO / ÇA | LOCALIZAÇÃO INICIAL | LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES | TIPO DAS LESÕES | SUSPEITA CLÍNICA | DIAGNÓSTICOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | *Micol.* | *Histol.* |
| | — | — | — | — | — | + |
| | — | — | — | — | — | + |
| nos | verruga na perna D | perna D | verrucosa | cromomicose | + | + |
| nos | verruga no pé E | pé e 1/3 inf. perna E | ver.-papilomatosa | cromomicose | + | § |
| | — | — | — | cromomicose | + | + |
| | — | pé/perna E | verrucosa | cromomicose | + | + |
| | — | — | — | cromomicose | § | + |
| nos | ver. 1/3 inf. perna | 1/3 inf. perna E | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | — | pé/perna E | verrucosa | cromomicose | § | — |
| nos | pé E | pé E | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | pé D | pé D | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | pé E | pé/perna E | verrucosa | cromomicose | + | + |
| nos | maléolo int. D | pé/perna/joelho D | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | glúteo E | glúteo E | verrucosa | cromomicose | + | + |
| nos | "empigem" 1/3 inf. perna E | perna/1/3 inf. coxa E | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | dorso pé D | pé D | úlcero-ver. | cromomicose | § | + |
| nos | tarso D | pé/perna D | úlcero-ver. | cromomicose | § | + |
| nos | tarso D | perna D | úlcero-vegetante | cromomicose | + | + |
| nos | 1/3 inf. perna E | perna E | úlcero-vegetante | leishmaniose | + | + |
| nos | "eczema" grande pododátilo D | pé D | eczematóide | eczema | — | + |
| nos | perna D | perna D | úlcero-vegetante | cromomicose | § | + |
| nos | pé E | pé/perna/coxa E | papilomatosa | cromomicose | + | + |
| nos | perna D | perna D | verrucosa | cromomicose | § | + |
| no | dorso pé D | pé D | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | — | pé/perna E | úlcero-vegetante | cromomicose | § | + |
| | — | 1/3 inf. perna E | papilomatosa | cromomicose | § | + |
| | — | — | — | cromomicose | § | + |
| | — | — | — | cromomicose | § | + |
| nos | nádega D | nádega D | verrucosa | cromomicose | § | — |
| nos | maléolo int. D | membro inf. D | papilomatosa | cromomicose | + | § |
| nos | pé E | pé E | verrucosa | cromomicose | + | + |
| nos | pé D | pé D | ver.-papilomatosa | cromomicose | § | + |
| eses | pé D | pé/perna D | verrucosa | cromomicose | + | § |
| nos | pé/perna D | membro inf. D | papilomatosa | cromomicose | + | + |
| eses | pé D | pé D | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | pé D | pé D | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | pé E | arcada plantar E | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | pé E | pé E | verrucosa | cromomicose | § | + |
| nos | pé E | pé/perna E | ver.-papilomatosa | cromomicose | § | + |
| nos | pé E | pé/perna E | úlcero-verrucosa | cromomicose | + | § |
| nos | perna E | perna E | papilomatosa | cromomicose | § | + |

## CITAÇÕES

1) Silva, D.: Micose de Lane e Pedroso (cromomicose ou cromoblastomicose). Aspecto atual do tema. Tese, Pará, Fac. de Med. do Pará, 1955.

2) Romero, A., e Trejos, A.: La cromoblastomicosis en Costa Rica. Rev. biol. trop. S. José, Costa Rica, 1:95,1953.

3) in Azevedo, P.C.; Leite, J.M.; e Morais, M.: Considerações sôbre a cromomicose e sua freqüência no Estado do Pará. An. Fac. Med. Cir. Pará, 1:53,1952.

---

Endereço do autor: rua Benjamin Constant, 767 (Belém).

*Artigo especial*

# Cinqüentenário da "Asociación Argentina de Dermatologia y Sifilologia"

## 18 a 23 de novembro de 1957

**R. N. Miranda**

Neste ano de 1957, a "Asociación Argentina de Dermatologia y Sifilologia" comemorou o seu cinqüentenário de fundação, pois que, a 21 de agôsto de 1907, Baldomero Sommer, Nicolas Greco, Pedro Baliña e outros fundaram-na, em Buenos Aires, para ser a agremiação que reunisse os dermatólogos argentinos e propugnasse pelo progresso dêsse importante ramo da Medicina. As comemorações se efetivaram pelas "Jornadas Dermatológicas del Cincuentenário" e pelas "Segundas Jornadas Rioplatenses de Dermatologia", que tiveram lugar na capital do país irmão.

Os trabalhos decorreram num alto padrão de cordialidade e de cultura científica, para o que contribuiram argentinos, uruguaios e brasileiros. Mais uma vez aquilatou-se o aprêço que dão os colegas argentinos ao estudo da Dermatologia que, através da sua já numerosa bibliografia, têm projetado pelo mundo os nomes de Puente, Posadas, Baliña, Negroni, Pierini, Mazzini, Fernandez, Quiroga, Blanco, Basombrio, Noussitou, Gatti, Cardama e tantos outros.

Após o ato inaugural das "Jornadas", que teve lugar na Academia Nacional de Medicina, na tarde do dia 18, iniciaram-se os trabalhos, que constaram de três sessões noturnas para comunicações científicas, realizadas na Terceira Cátedra de Clínica Médica, situada no prédio central da imponente Faculdade de Medicina de Buenos Aires, e cinco seminários clínicos, nos seguintes hospitais: Rawson, Fernández, Israelita, Durand e Ramos Mejia.

O Brasil e o Uruguai estavam representados por numerosos professôres e especialistas, sendo que do nosso país estavam presentes treze dermatólogos: J. Ramos e Silva, H. Portugal, F. E. Rabello e Glyne Rocha, do Distrito Federal; Orestes Diniz e Oswaldo Costa, de Belo Horizonte; B. Zilberberg, de São Paulo; R. N. Miranda, de Curitiba; C. Bopp, A. Niemeyer, E. Candiota de Campos, N. Neves da Silva e Ruy Soares, do Rio Grande do Sul. Assinalou-se, com regozijo para todos, a presença do Prof. Alfred Marchionini, de Munique.

### SESSÕES CIENTIFICAS

A primeira foi realizada na noite do dia 19. Estavam inscritas 28 comunicações, tendo sido quasi tôdas apresentadas, motivo pelo qual os trabalhos se prolongaram até a 1 hora da manhã do dia seguinte. Nessa sessão foram

apresentados três trabalhos brasileiros: Conceito atual da "incontinentia pigmenti", por J. Ramos e Silva, do Rio de Janeiro; Acroqueratoelastoidose — uma nova doença da pele constituída por erupção de pápulas translúcidas, isoladas ou confluentes e sem sintomas subjetivos, localizadas nas extremidades dos membros superiores e inferiores, por Oswaldo Costa, de Belo Horizonte; e Cromomicose e sarna crostosa na mesma lesão — Contribuição à etiopatogenia da sarna crostosa, por Benjamin Zilberberg, de São Paulo

A segunda sessão foi no dia 20, à noite, realizada conjuntamente com a "Sociedad Argentina de Leprologia" e constou de assuntos relacionados com a lepra. F. E. Rabello e O. Diniz, do Brasil, expuzeram o novo plano de combate à lepra em nosso país, que consiste no tratamento sistemático dos doentes nos próprios locais em que são descobertos e na proteção concomitante de todos os que convivam com o doente. O assunto despertou muito interêsse nos leprólogos argentinos. Em seguida, sôbre hipersensibilidade e resistência na lepra, falaram os argentinos C. Consiglio, de Córdoba; J. M. Fernandez, de Rosário; e N. Olmos Castro, de Tucuman.

A terceira sessão realizou-se no dia 22, também à noite. Estavam inscritos outros 28 trabalhos, entre os quais três brasileiros: Tratamento da esporotricose pela esporotriquina, por R. N. Miranda, C. Cunha e J. Schweidson, de Curitiba; Ulceração crônica progressiva podoarticular mutilante, por O. Orsini e O. G. Costa, de Bello Horizonte; Querotoacantoma, por G. L. Rocha e S. Braga, do Rio de Janeiro. Na mesma reunião, Clovis Bopp, de Pôrto Alegre, distribuiu importante monografia de sua lavra sôbre o tratamento da cromoblastomicose pelo calciferol.

## SEMINARIOS CLINICOS E VISITAS A CENTROS DERMATOLÓGICOS

1) No dia 19, às 9 horas, realizou-se a primeira demonstração e discussão de casos clínicos, esta no Serviço de Dermatologia do Hospital Rawson, cujo chefe é o Prof. L. E. Pierini, sendo a sessão secretariada e coordenada pelo Dr. A. Casalá. O serviço está instalado no Pavilhão VIII do Hospital e compreende um bloco de dois pavimentos, onde há enfermarias e laboratórios e outras dependências. Ali funciona a Cátedra de Dermatologia para graduados, sob a direção do Prof. Luis Pierini, que conta com vários assistentes.

Muitos casos clínicos interessantes foram vistos e discutidos nessa ocasião, entre os quais: poroceratose de Mibelli com localização exclusiva bucal, porfíria congênita, tumor de Pinkus, infiltração linfocitária da pele, dois casos de acroqueratoelastoidose de Costa, quatro casos de complexo primário tuberculoso cutâneo-linfático e muitos outros.

Em seguida, a Cátedra homenageou os visitantes, com uma sessão científica, tendo sido apresentadas 14 comunicações interessantes.

2) No dia 20, durante a manhã, visitamos o "Servicio de Dermatologia del Hospital Fernández", onde preleciona um curso equiparado o Prof. Guillermo Basombrio, adjuvado pelo menos por três assistentes. O serviço ocupa metade de um andar do hospital e tem várias enfermarias, para ambos os sexos, e demais dependências.

Excelente demonstração de casos clínicos foi feita, entre os quais se contava o hidroarsenicismo crônico endêmico e um interessantíssimo caso de mastocitose tumoral. Em seguida, no anfiteatro, o Prof. de Clínica Médica, Dr. J. Beretervide, pronunciou uma conferência sôbre casos de lúpus eritematoso disseminado, chamando atenção para os sintomas renais e urinários da moléstia e demais aspectos clínicos e histológicos.

3) O terceiro serviço dermatológico a ser visitado foi o do Hospital Israelita, no dia 21, pela manhã. Ali é prelecionado um curso regular da matéria pelo Prof. Aaron Kaminski e seus assistentes, ocupando o serviço parte do primeiro andar daquele grande hospital. Conta a Cátedra com uma secção

de cirurgia plástica, a cargo do Dr. A. M. Ségers e de seus assistentes, onde está em franco uso, entre outras, a técnica do aplainamento cutâneo.

Foi grande e instrutiva a demonstração e discussão de casos clínicos, selecionados entre numerosa população que freqüenta o hospital. Entre êles podemos salientar os de sarcoidose, hiperidrose facial, vasculite nodular, micose fungóide, parapsoríase, pseudo-pelada, urticária pigmentosa em placa única e numerosos pacientes tratados pela cirurgia plástica.

4) No dia 22, visitamos o "Servicio de Dermatologia del Hospital Durand", onde funciona o curso regular do Prof. Miguel Mazzini, chefe do serviço. No anfiteatro da Cátedra realizou-se uma sessão científica com demonstração e discussão de interessantes casos dermatológicos, entre os quais eritemas figurados e mal de Hansen em estados reacionários.

5) O quinto seminário clínico teve lugar no "Servicio de Piel y Sífilis" do Hospital Ramos Mejia, na manhã de 23. Ali funiona o curso da Cátedra de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Buenos Aires, da qual é professor titular o Dr. Marcial Quiroga. O serviço ocupa mais de um dos pavilhões internos dêsse grande e simpático hospital, que lembra muito os hospitais francêses, e no qual funciona a "Asociación Argentina de Dermatologia y Sifilologia", da qual é presidente, no momento, o Prof. Alejandro Cordero. Colaboram, com o professor Quiroga, um professor adjunto e vários assistentes, sendo as instalações da Clínica compostas de ambulatórios, diversas enfermarias, laboratórios, pequena cirurgia, sala de reuniões, etc.

Uma abundante demonstração de casos clínicos deu início aos trabalhos do dia, contando-se, entre os enfermos, casos de líquen amilóide, "incontinentia pigmenti", arsenicismo crônico endêmico, etc. Técnicas de abrasão e de pesquisa de células L.E. foram demonstradas.

Ao término do seminário clínico, o Prof. A. Marchionini proferiu uma conferência sôbre o que se denomina *neurodermite*, na qual estudou as causas do aumento dessa afecção com o desenvolver da vida social urbana e indicou a cura de montanha (cêrca de 1.800 metros de altitude) como um dos bons recursos terapêuticos para a enfermidade.

A terceira parte do programa daquela manhã constou de uma sessão solene da "Asociación Argentina de Dermatologia y Sifilologia", presidida pelo Prof. Alejandro Cordero, que foi o primeiro a fazer uso da palavra, informando que ia ser realizada a "clausura" das Jornadas. Usaram da palavra os Profs. Vignale, de Montevidéu, e Carrera, da Argentina. Em nome do Brasil já havia falado o Prof. Ramos e Silva, no banquete que teve lugar na noite de 21 de novembro, quando fêz o histórico da vida de Baldomero Sommer. Seguiu-se a entrega de diplomas a vários associados e ao Prof. H. Portugal, do Brasil, que prelecionou um curso de histopatologia cutânea em Buenos Aires.

## VISITA AO CENTRO DE MICOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

As 18,30 hs. do dia 21 foi feita uma visita a êsse centro de estudos, dirigido pelo Prof. Pablo Negroni, localizado no edifício central da Faculdade e de onde têm saído trabalhos de repercussão mundial. Ali tivemos ocasião de examinar diversas preparações de fungos e tecidos das principais micoses sul-americanas.

Foi exibida uma película sôbre enfermidade de Pozadas-Wernicke (coccidioidiomicose) em que se vê o trabalho de investigação sôbre a doença, feito pela Cátedra de Negroni. Até agora só foram registrados vinte casos dessa micose na Argentina. Os inquéritos imuno-alérgicos, entretanto, têm mostrado que muitas pessoas já sofreram a infecção.

## PROGRAMA SOCIAL

As atividades sociais constaram de vários atos em que mais se solidificaram os laços de amizade entre os congressistas e ficou mais uma vez demonstrada a fidalguia dos colegas argentinos e uruguaios.

Começaram elas pela realização, na manhã do dia 18, de missa em sufrágio das almas dos membros falecidos da "Asociación". Na noite do mesmo dia, o presidente, Prof. Alejandro Cordero, e sua Exma. Senhora, recepcionaram os congressistas em sua residência, oferecendo-lhes um "cocktail". O "banquete de camaraderia" teve lugar no "Alvear Palace Hotel", na noite de 21, sendo oferecido através da palavra do Dr. Pitti, presidente da Sociedade de Leprologia. Em nome dos visitantes, agradeceu o Prof. Ramos e Silva, do Brasil. Na tarde de 22, houve um outro "cocktail", oferecido pelo Prof. Pierini, em seu elegante consultório.

Ao fim da última reunião científica, a 23, realizou-se um interessante "almuerzo campestre" na chácara do Prof. Quiroga, que também brindou os presentes com um programa de arte folclórica. No mesmo dia, à noite, o Sr. Embaixador do Uruguai deu uma recepção na Embaixada daquele país, onde estiveram reunidos, por última vez, os participantes das comemorações do Cinqüentenário da Associação Argentina de Dermatologia.

---

Endereço do autor: rua Bruno Filgueira, 384 (Curitiba)

## *Nota clínica*

# Queratodermia marginal das palmas

**J. Ramos e Silva**

Na sessão de 30 de novembro de 1949, nosso assistente D. Cozzolino apresentou, na Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, um caso "pro-diagnóse" com a nossa sugestão de uma designação nova, — "queratodermia limitante das palmas". Registramos agora outro caso e modificamos a designação da nova síndrome para "queratodermia marginal das palmas", que nos parece mais exata.

Trata-se de M.M.S., masculino, prêto, com 53 anos de idade, natural da Bahia, funcionário público, residente no D.F., matriculado, em 17.5.57, no Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, sob o n.º 26.415.

Acha-se afastado do trabalho em conseqüência de cardiopatia, tendo notado o espessamento da epiderme das mãos há cêrca de um ano.

Notam-se, em ambas as mãos, faixas contínuas de hiperqueratose, ora mais ora menos acentuada, com algumas ragádias, tomando a borda radial dos dedos indicador, médio e anular, e, mais discretamente, a borda cubital dos dedos mínimo e anular, bem como circunscrevendo a parte distal do polegar e ainda rodeando tôda a palma (fig. 1). Não há manifestações subjetivas outras senão a dor provocada pelas eventuais ragádias. A sorologia foi negativa.

A biópsia, feita no 1.º caso (fig. 2), constatou ùnicamente a hiperqueratose, já tão aparente, clìnicamente. Ambos os casos tiveram a sorologia negativa, excluindo as queratodermias das treponematoses. Ambos ainda são pessoas de idade avançada, pela quinta década da vida, e que viram tais lesões surgir há 2 anos e 1 ano, respectivamente, o que exclui as queratodermias palmo-plantares congênitas. No primeiro caso, havia coincidência com um espinalioma da bôca e, no segundo, com uma cardiopatia descompensada.

---

Trabalho do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e da Cátedra de Clínica Dermatológica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (Titular: J. Ramos e Silva). Endereço: av. Nilo Peçanha, 38, 5.º, Rio.

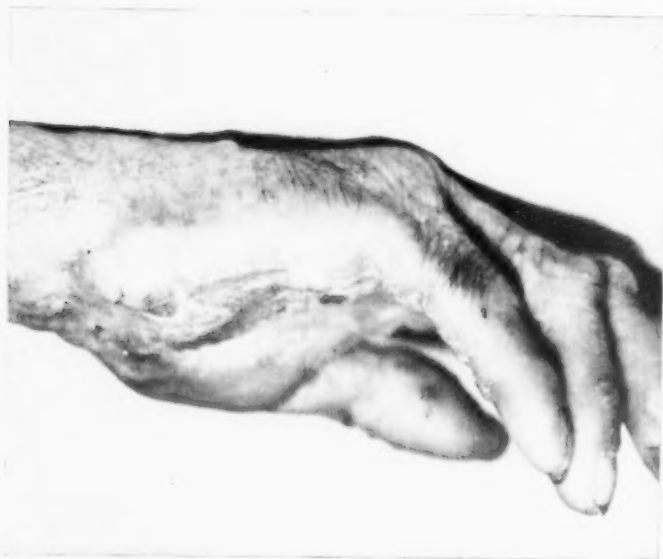



*Fig. 1* — (Caso II, n.º 17.592) — hiperqueratose bem visivel na borda cubital da palma.

*Fig. 2* — (Caso I, n.º 3.090) — hiperqueratose bem visivel no limite entre a palma e o punho, assim como na borda palmar do polegar (a ferida circular resultou da biópsia).

# Boletim da
# Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

## Sessão de 29 de maio de 1957

O Sr. Presidente registra a presença dos Profs. Jorge Lobo e Walter de Moura Cantidio, catedráticos de Dermatologia, respectivamente, das Faculdades de Medicina das Universidades de Pernambuco e do Ceará, convidando-os para participarem da mesa.

Comunica haver o Sr. Presidente da República, por solicitação da Sociedade, concedido dispensa de ponto aos médicos funcionários federais ou autárquicos que comparecerem ao Congresso de Stockolmo.

São ventilados assuntos referentes às iniciativas tomadas para constituição de delegação brasileira e às inscrições dos sócios que desejarem participar do certame.

O Sr. Presidente pede licença à Sociedade para se ausentar durante três meses, a fim de comparecer ao Congresso e visitar clínicas especializadas da Europa e dos Estados Unidos. O pedido de licença foi aprovado por unanimidade.

O Sr. Presidente submete à apreciação do plenário as seguintes propostas: para sócios correspondentes, J. Walter Wilson, de Los Angeles, e Alfredo A. Blazzi, diretor da Revista Argentina de Dermatologia; e, para sócios efetivos, Ruy de A. Vilela, da Faculdade Fluminense de Medicina, e Simão Carvalho Luz, de Uberlândia. Tôdas as propostas foram aprovadas por unanimidade.

ORDEM DO DIA:

ERITEMA PALMAR TIPO LAINE 1929 — PROF. OSWALDO G. COSTA

COMENTÁRIOS:

*Dr. A. Padilha Gonçalves* — Agradece o interêsse do Prof. Oswaldo Costa que, radicado em Minas Gerais, traz sempre doentes para as reuniões.

DOENÇA DE DARIER — PROF. A CARLOS PEREIRA

COMENTÁRIOS:

*Dr. D. Peryassú* — Considera o caso de grande interêsse, pois o paciente apresenta um conjunto de lesões que demonstram ser de origem névica —

facies, aplasia dos dentes, granitado nos cotovelos, leuconiquia e o quadro de Darier, prestando-se para um simpósio sôbre genodermatoses.

*Prof. Oswaldo Costa* — Examinando com atenção, verifica que as lesões do dorso das mãos são encontradas na epidermo-displasia verruciforme e na poroqueratose de Mantoux. Sugere um estudo histopatológico das lesões verruciformes, para esclarecer se fazem parte do quadro ou se constituem apenas um epifenômeno.

*Prof. J. Ramos e Silva* — Considera o caso dos mais interessantes e felicita o autor pela discussão que suscitou. Cita que, nas genodermatoses, Touraine adota a designação de "chaine" para o fato de o mesmo defeito congênito dar origem a vários grupos de alterações. Assinala que o doente apresenta lesões típicas da doença de Darier e lesões verruciformes, tendo sido feito exame histopatológico das duas lesões, em vista de cujo resultado aceita o diagnóstico único. Refere já ter encontrado as lesões subungueais em caso típico de doença de Darier. Conclui achando que se trata de um caso de doença de Darier, com pequenas discrepâncias do quadro clássico.

*Prof. Jorge Lobo* — Concorda com a raridade da dermatose, declarando que, até o momento, só observou três casos. A sua impressão sôbre as lesões das mãos era a de que se tratava de epidermoplasia, mas concorda com o Prof. Ramos e Silva que não se deve contestar a histopatologia. Pensou, ainda, na acroqueratose de Hopf. Felicita o Prof. A. Carlos Pereira.

*Prof. A. Carlos Pereira* — Agradece aos colegas, respondendo: ao Dr. Peryassú, que trouxe o caso não só pela raridade como pela riqueza de sintomas; ao Prof. Oswaldo Costa, que, se tivesse visto sòmente as mãos do paciente, teria pensado na epidermodisplasia verruciforme e até em verrugas planas, sendo que estas lesões pertencem ao quadro. Acha que, mesmo sem histopatologia, poderia fazer o diagnóstico, mesmo porque há outras disfunções na família do doente; ao Prof. Ramos e Silva, que, também, o que lhe chamou mais a atenção foram as lesões do dorso das mãos; ao Prof. Jorge Lobo, agradece e informa que fêz a biópsia em dois pontos, justamente para afastar a hipótese da acroqueratose de Hopf.

*Dr. A. Padilha Gonçalves* — Agradece ao Prof. Carlos Pereira o esfôrço de ter trazido um caso da cidade de Juiz de Fóra.

### QUERATODERMIA MARGINAL DAS PALMAS — PROF. J. RAMOS E SILVA

Esta comunicação está publicada neste número dos Anais, como nota clínica (página 131).

COMENTÁRIOS:

*Prof. H. Portugal* — Baseado em gravuras do livro do Prof. Lutz, sugere o diagnóstico de queratose linear palmar de Siemens, para o caso apresentado.

*Prof. Oswaldo Costa* — Reputa o caso muito interessante e sugere a possível identidade com a queratose marginal progressiva, de um autor japonês.

*Dr. D. Peryassú* — Põe em relêvo a importância do caso, dizendo já ter visto muitos semelhantes, inclusive o citado pelo Prof. Oswaldo Costa. Entretanto, ao ver o agora em estudo, lembrou-se do primeiro, apresentado pelo Prof. Ramos e Silva. Rebuscou tôda a literatura sôbre o assunto, nada encontrando absolutamente igual e tem a certeza de que o mesmo deve ter acontecido ao Prof. Ramos e Silva, cuidadoso quanto ao aspecto morfológico das dermatoses.

*Dr. Oswaldo Serra* — Lembra dois casos apresentados à Sociedade, no ano próximo findo, e pergunta ao Prof. Ramos e Silva se teriam ligação com êste. Um dos casos, apresentados pelo próprio, era uma queratose linear simétrica, mais acentuada que esta. Apresentava, além disso, outras peculiaridades: tratava-se de indivíduo da raça branca, lavrador, com distrofias cutis involutiva (cutis rhomboidalis, pele citrina de Milian, etc.). No mês seguinte, o Dr. Romeu Jacintho apresentava caso semelhante.

*Prof. J. Ramos e Silva* — Esclarece que o caso foi apresentado para receber sugestões e interpretações. Respondendo ao Prof. Portugal, declara que o caso por êle citado é congênito, enquanto êste é adquirido. Informa que o trabalho japonês, a que se refere o Prof. Oswaldo Costa, não é do seu conhecimento. Acha muito interessantes os casos referidos pelo Dr. Oswaldo Serra, embora os desconheça. No caso de virem a ser confirmados, aumentarão a causuística de dois para quatro casos. Terminando, agradece as palavras elogiosas do Dr. Peryassú.

DERMATOMIOSITE E POIQUILODERMATOMIOSITE — Dr. D. Peryassú

Comentários:

*Prof. R. D. Azulay* — Congratula-se com o Dr. Peryassú pela magistral comunicação. Informa, como contribuição, que um dos casos apresentados, o da criança, esteve, há tempos, em seu Serviço, com o diagnóstico de eritrodermia, mas que, nessa ocasião, já apresentava fraqueza muscular.

*Dr. Glyne Rocha* — Refere que a mesma doente, citada pelo Prof. Azulay, também esteve no Pavilhão São Miguel, com o diagnóstico de dermatomiosite. Considera o trabalho de Borda, citado pelo Dr. Peryassú, muito interessante. Discorda, entretanto, quanto ao conceito de que a dermatomiosite seria o início da poiquilodermia, achando que esta é um quadro crônico e a dermatomiosite um quadro agudo, de natureza geral, cutâneo e muscular.

*Prof. H. Portugal* — Opina por que seja considerada uma forma crônica de dermatomiosite, fazendo referência ao trabalho de Petges.

*Dr. Oswaldo Serra* — Felicita o autor pelos casos apresentados, com observações tão completas, e refere comunicação feita à S.B.D.S. a propósito de paciente portador de eritema difuso, com atrofia acentuada dos tecidos adiposo e muscular; não havia calcemia; existia artrite sem edema. A biópsia confirmou o diagnóstico.

*Prof. A. Carlos Pereira* — Felicita o Dr. Peryassú por haver conseguido três casos ao mesmo tempo e pergunta se, em um dos casos apre-

sentados, as lesões reticuladas, com teleangiectasia na parede anterior do tórax, não são de poiquilodermia de Civatte.

*Prof. Oswaldo Costa* — Felicita o autor pelas belíssimas observações apresentadas.

*Prof. Jorge Lobo* — Felicita o autor e comunica que observou dois casos com taxas elevadas de creatinina. Assinala o sucesso que obteve com o Meticorten associado à Sigmamicina em um dos casos e diz que, no outro, obteve êxito apenas com a Butazona.

*Prof. Walter Moura Cantídio* — Informa que um dos casos referidos pelo Prof. Jorge Lobo foi por êle tratado, não tendo sido feito, naquela ocasião, o diagnóstico de dermatomiosite. Foi tratado como lúpus eritematoso, sendo administrada prednisolona ao paciente. Suspensa a medicação, voltaram os sintomas. O doente resolveu ir a Recife, sendo atendido pelo Dr. Jorge Lobo, que firmou o diagnóstico, estando o paciente, hoje, pràticamente curado.

*Dr. A. Padilha Gonçalves* — Declara merecidos os elogios feitos ao Dr. Peryassú. Acha que não é comum surgirem três casos desta natureza, de uma só vez, mostrando-nos polimorfismos, não só sistêmicos como cutâneos. Pergunta se teria sido tuberculose pulmonar ou localização pulmonar da própria doença a causa que vitimou o paciente do trabalho de Petges, mencionado pelo Prof. Portugal.

*Prof. H. Portugal* — Diz que na poiquilodermatomiosite é possível dissociar as duas coisas, o que não acontece na dermatomiosite.

*Dr. A. Padilha Gonçalves* — Refere haver poiquilodermia e dermatomiosite, seguida ou acompanhada de poiquilodermia.

*Dr. Glyne Rocha* — Preferia fazer a ligação de todos os casos de colagenoses. Completando a discussão, pensa que talvez na dermatomiosite houvesse casos cutâneos e disseminados, dando origem às formas crônicas e agudas.

*Dr. D. Peryassú* — Agradece as palavras elogiosas que foram proferidas. Não concorda com o diagnóstico de poiquilodermia de Civatte, proposto pelo Prof. Carlos Pereira. Apreciou a opinião do Dr. Glyne Rocha de que um dos casos era discutível, pois foi, também, a opinião do Prof. Ramos e Silva, hoje convencido do diagnóstico de dermatomiosite. Informa que o primeiro diagnóstico para êste caso, feito por um colega, foi de lepra.

*Dr. Glyne Rocha* — Deseja completar a sua explicação, referindo-se a um outro caso que parecia esclerodermia e, no entanto, ao exame bacterioscópico, revelou a presença de bacilos ácido—álcool-resistentes; tratava-se, pois, de um caso de lepra.

*Prof. H. Portugal* — Cita a opinião de Civatte de que a poiquilodermatomiosite era igual à melanose de Riehl e esta, por sua vez, era igual à poiquilodermia de Jacobi.

*Dr. D. Peryassú* — Conclui dizendo que, na panarterite nodosa, há lesões que alteram as paredes dos vasos; no entanto, o quadro de colagenose é indiscutível.

## Sessão de 26 de junho de 1957

O Sr. Presidente comunica haver o Dr. Sebastião Sampaio enviado à direção do Congresso de Stockolm a lista de sócios que dêle participarão.

Informa ainda que no Congresso de Londres ficara estabelecido que a Sociedade contribuiria, anualmente, com 10 centavos de dólar por sócio, tendo sido delegado àquele Congresso o Dr. Nery Guimarães. Como a atual presidência não teve conhecimento dêste fato, interroga ao então Presidente, Dr. Peryassú. Êste informa que o Dr. Nery Guimarães fôra designado pelo Ministério da Saúde, sem o conhecimento da Sociedade, sendo, portanto, representante do Govêrno brasileiro e não da S.B.D.S.

O Sr. Presidente sugere que o assunto seja tratado pela representação da Sociedade, no próximo Congresso e esclarece que, de acôrdo com os Estatutos, o Presidente será um dos delegados, *ex officio*, e solicita que o plenário proceda à eleição dos demais representantes, acrescentando que deverão comparecer ao certame os Profs. F. E. Rabello, J. Ramos e Silva e R. D. Azulay e os Drs. Almir G. Antunes, Armin Niemeyer e Sylvio Campos.

Foi unânimemente aprovada a proposta do Dr. D. Peryassú indicando os Profs. J. Ramos e Silva e F. E. Rabello como representantes da S.B.D.S. junto ao Comité Internacional de Dermatologia.

ORDEM DO DIA:

OS COMPOSTOS ACRIDÍNICOS NO TRATAMENTO DO PSORÍASE (APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS) — DR. MÁRIO RUTOWITSCH

COMENTÁRIOS:

*Dr. D. Peryassú* — Afirma que o psoríase é considerado, atualmente, como colagenose e, embora os compostos acridínicos nem sempre dêem resultados no seu tratamento, constituem o tratamento de escolha para o lúpus eritematoso. Considera excelente o trabalho apresentado, uma vez que o psoríase é uma dermatose que desafia a nossa terapêutica. Informa que no Departamento de Dermatologia dirigido pelo Prof. Ramos e Silva, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, o Dr. Osmar Mattos está tratando o psoríase com diamino-difenil-sulfona, tendo obtido resultados excelentes, apresentando, já, vários casos de branqueamento, nas reuniões semanais do referido Departamento. Refere que, entretanto, o Dr. Mattos não tem obtido resultados tão rápidos como os apresentados pelo Dr. Mário Rutowitsch.

*Dr. Glyne Rocha* — Considera excelentes os resultados obtidos pelo Dr. Rutowitsch. Informa que já prescreveu êste tratamento, há três meses, mas que ainda não soube o resultado. Esclarece que está associando ao ultravioleta e menciona que o Prof. Fernandez, de Rosário, faz associação com a sulfa.

*Dr. A. Niemeyer* — Declara que vem experimentando o tratamento do psoríase com antimaláricos amarelos e brancos. Acha que os amarelos pos-

suem o inconveniente de pigmentar a pele. E' de parecer que com a Resochina os resultados são brilhantes. Deseja saber a opinião do Dr. Mário Rutowitsch sôbre os antimaláricos brancos e pergunta ao Dr. Glyne se tem associado o ultravioleta com alcatrão. Informa que, no momento, está ensaiando a helioterapia com o coaltar, pois tem notado recaídas após a suspensão do tratamento.

*Dr. A. Padilha Gonçalves* — Manifesta satisfação em ver sucesso, mesmo em início, no tratamento do psoríase. Acha que se obtem o melhor resultado com o coaltar associado à helioterapia, ou com esta isoladamente. Comunica que, no Serviço do Prof. Ramos e Silva, o Dr. Osmar Mattos tem utilizado a sulfona-mãe, com relativo sucesso, sem, entretanto, haver conseguido confirmação dos resultados.

*Dr. Mário Rutowitsch* — Diz que não é pretensão sua apresentar os casos como curados. Declara que êles serão acompanhados e os resultados oportunamente comunicados. Respondendo ao Dr. Peryassú, informa que tem obtido resultados semelhantes no líquen plano, embora êste não faça parte das colagenoses. Considera o ultravioleta contraindicado, pois os compostos acridínicos protegem a pele contra a ação dos raios do espectro solar. Encerrando, agradece os comentários do Dr. Padilha Gonçalves.

## LINFOSSARCOMA — Dr. Heitor de Oliveira Cunha

Comentários:

*Dr. Glyne Rocha* — Acha que, afastando-se inicialmente a possibilidade de causa de êrro, o importante seria acompanhar o doente, para surpreender um possível aparecimento visceral.

*Dr. Mário Rutowitsch* — Embora considerando o efeito terapêutico da biópsia, suspeita da regressão tão rápida.

*Dr. Oliveira Cunha* — Agradece os comentários.

## CASO PRÓ-DIAGNOSE: MICOSE DE LUTZ? — Dr. Oswaldo Serra

Comentários:

*Dr. A. Padilha Gonçalves* — E' de parecer contrário à hipótese de blastomicose, considerando que a lesão não é erosiva, nem granulosa. Pondera que a evolução de três anos, na blastomicose, teria ocasionado propagação para tecidos vizinhos, principalmente a mucosa buco-faríngea, bem como reação ganglionar. Declara ser esta a sua opinião clínica, uma vez que o diagnóstico sòmente poderá ser esclarecido pela biópsia.

*Dr. O. Serra* — Declara que apresentou o caso a pedido do Dr. Padilha Gonçalves e que se entusiasmou em apresentá-lo porque se é difícil, neste caso, fazer-se diagnóstico de blastomicose, acha que é mais difícil a hipótese de neoplasia. Coloca a hipótese de micose de Lutz em primeiro

lugar, lembrando que o Prof. Azulay apresentou um caso desta micose, com ascite, exatamente como êste.

LÚPUS ERITEMATOSO E GESTAÇÃO — DR. GLYNE ROCHA

COMENTÁRIOS:

*Dr. A. Padilha Gonçalves* — Mantém a opinião de que a prática contraria a teoria. Acha que, em situações como esta, não se deve contraindicar a gravidez. Sugere que o caso seja registrado e publicado.

*Dr. Glyne Rocha* — Informa que a observação feita está de acôrdo com a opinião do Dr. Curtis.

## Sessão de 31 de julho de 1957

No exercício da presidência, em razão do afastamento do país do Dr. Padilha Gonçalves, o Dr. Mário Rutowitsch declara iniciada a reunião e comunica a aceitação, pelo Prof. Aguiar Pupo, do convite que lhe foi feito para participar do simpósio a ser realizado por ocasião da XIV Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros e o recebimento de convite da Associação Brasileira de Leprologia para o simpósio sôbre o B.C.G. na profilaxia da lepra, projetado pela referida Associação. Propõe que se designem os representantes.

O Dr. D. Peryassú informa que a Sociedade de Higiene, da qual também é membro, recebeu idêntico convite e que pretende fazer, em colaboração com o Dr. G. Mangeon, um trabalho destinado ao certame.

Atendendo a sugestão do Dr. O. Serra, o Sr. Presidente designa comissão constituída do Prof. H. Portugal e dos Drs. D. Peryassú e E. Agrícola.

O Sr. Presidente comunica, ainda, a apresentação de proposta coletiva para sócios efetivos dos Drs. Diniz Botelho, Anísio de Mendonça Maroja, Albertino Bastos, Juraci de Brito, Humberto de Lima Santos e Antônio Ribeiro Alves, todos de Belém do Pará, assinada apenas pelo Dr. Flávio Dulcetti. Atendendo a ponderações do plenário, submeterá a proposta ao exame de Comissão de Sindicância, em vista de cujo pronunciamento a Diretoria considerará o assunto.

ORDEM DO DIA:

ACROTUBERCULOSE CUTIS COLIQUATIVA HEMATOGENES — DR. D. PERYASSÚ e PROF. H. PORTUGAL

COMENTÁRIOS:

*Dr. O. Serra* — Felicita os autores pelos ensinamentos que proporcionaram com o caso apresentado e pergunta ao Dr. Peryassú: *a*) se houve reação focal quando da aplicação da tuberculina; *b*) se a paciente era acometida de surtos agudos; *c*) se verificou a existência de focos piogênicos.

Esclarece as razões das perguntas, informando ter tido um paciente, portador de eritema indurado de Bazin, com reações erisipelóides e edema. Feita a biópsia e confirmado o diagnóstico, administrou 30 gramas de estreptomicina, sem o menor resultado. Resolveu investigar a existência de focos piogênicos, tendo as pesquisas demonstrado a presença de focos den-

tários, os quais foram removidos. Empregou penicilina, num total de 4 milhões, com o que cedeu completamente o quadro inflamatório. Voltou ao uso da estreptomicina e, com apenas 20 gramas, conseguiu a regressão total das lesões. Acha, por isso, que, mesmo sem a confirmação da existência de focos piogênicos, nos casos de quadros agudos, que não sejam próprios da tuberculose, deve-se fazer medicação antipiógena.

*Dr. R. Vieira Braga* — Informa que tem obtido excelentes resultados com a associação hidrazida-estreptomicina, nos casos de eritema indurado de Bazin.

*Dr. Cesar Chiafitelli* — Relata, também, ter tido caso idêntico, para o qual formulou até a hipótese de lepra. A primeira biópsia nada esclareceu e a segunda apresentou aspecto de eritema nodoso. Acrescenta que, no seu caso, existiam focos amidalianos e que, nos testes, com antibióticos, foi verificada a sensibilidade à bristaciclina, com o uso da qual foi completamente debelada a lesão. Verificou que a paciente reagia à tuberculina até 1 por 1 milhão.

*Dr. Mário Rutowitsch* — Felicita os autores e declara que a impressão clínica do caso seria de eritema nodoso.

*Dr. D. Peryassú* — Agradece os comentários, em seu nome e no do Prof. Portugal, afirmando que as nododermias constituem sempre problema para o dermatologista. Declara que inicialmente fôra levado a êrro, baseando-se na informação da paciente de que o quadro era acompanhado de febre, fato êste não confirmado. Assim sendo, fêz diagnóstico, duvidoso, de paniculite e deu início às pesquisas rotineiras. Verificou que a histopatologia afastara a hipótese de paniculite, pela presença de caseose, que o Mantoux, fortemente positivo, respondeu isomòrficamente e que, ao contrário do que era de esperar, não houve reação focal. Acha que as lesões melhoraram.

*Dr. O. Serra* — Considera a melhora das lesões como forma de reação focal.

*Dr. D. Peryassú* — E' contrário à opinião do Dr. Serra, considerando a reação focal como piora das lesões. Acha que clìnicamente o caso tende mais para eritema indurado de Bazin e histològicamente para tuberculose coliquativa. Defende êste diagnóstico, uma vez que a medicação é mais eficiente na tuberculose coliquativa, tendo a paciente melhorado ràpidamente com sua aplicação.

*Prof. H. Portugal* — Acha que, de acôrdo com a dúvida que vem de Darier, o qual considerava haver um meio têrmo entre as duas, o critério mais seguro seria considerar coliquativa aquela que fistulasse. Dirigindo-se ao Dr. Serra, esclarece que êsses casos são sempre de origem focal, sendo os focos sempre específicos. Refere que, nos casos citados por êle e pelo Dr. Chiafitelli, deveriam existir focos específicos, ao lado de focos piogênicos, que certamente contribuiriam para agravar o quadro.

*Dr. O. Serra* — Faz uma ressalva, dizendo não haver pôsto em dúvida o diagnóstico; apenas tentou colaborar. Aproveita para perguntar ao Prof. Portugal se não se poderia estabelecer um diagnóstico histológico, tomando

por base a caseose. Concluindo, afirma que na forma coliquativa a caseose se estabelece desde o início do processo, achando que na forma indurativa de Bazin não deveria haver caseose.

*Prof. H. Portugal* — Acha difícil estabelecer tal diagnóstico, pois a doença é uma só. E' de opinião que a caseose é típica da tuberculose, afirmando que nas formas piogênicas não há caseose nem supuração.

## PSORÍASE TRATADA COM PLAQUENIL — Dr. Sylvio Fraga

Comentários:

*Dr. D. Peryassú* — Considerando ser o psoríase de tão difícil tratamento, acha que qualquer medicação que venha beneficiá-lo é digno de interêsse.

*Dr. Mário Rutowitsch* — Felicita o Dr. Fraga pelo êxito, embora parcial, que vem obtendo.

## CASO PRÓ-DIAGNOSE: PÊNFIGO VEGETANTE DE NEUMANN? — Dr. D. Peryassú

Comentários:

*Prof. H. Portugal* — Formulou, para o caso, a hipótese de farmacodermia, provocada por Cibalena. Revendo o assunto, encontrou, no livro de Jadassohn, referências muito interessantes: orla vermelha e bôlhas mucosas, pigmentação cerúlea, febre e ataque ao estado geral. Acha que a melhora, sob a ação do medicamento, fala em favor das duas hipóteses. Aconselha a observância do critério preconizado pelo Prof. Ramos e Silva: esperar a evolução para que se possa chegar a resultados mais conclusivos.

*Dr. Glyne Rocha* — Estranhou, a princípio, que, em se tratando de pênfigo, não houvesse comprometimento do estado geral, para o que encontrou explicação na terapêutica que vinha sendo empregada. Lembrou-se, ao ver o resultado histopatológico, de caso semelhante, que, embora não apresentasse sintomatologia tão evidente, apresentava grandes placas, com orla vesiculosa e pigmentação central, e aspecto atrófico. Informa que a biópsia nada esclareceu. Com referência à doente, cujo caso está em discussão, notou que a mesma apresenta, no dorso, lesão eritematosa, com foliculose e edema ligeiro. Tomando em consideração os comemorativos em que se verificaram as ingestões de Cibalena, adotaria o critério do Prof. Ramos e Silva, não estabelecendo imediatamente o diagnóstico de pênfigo, nem afastando o de farmacodermia. Terminando, indaga se alguém já viu o penfigóide bolhoso e se há semelhança com o caso exibido.

*Dr. O. Serra* — Acha que o diagnóstico de pênfigo é justificado pela hemossedimentação, pela modificação da crase sangüínea, pela dor e pelo aspecto das lesões, enquanto que outros sintomas não condizem com os do pênfigo, como sejam as orlas eritematosa e bolhosa. Afirma nunca ter visto pênfigo vegetante com êsse aspecto. Considera que a localização não é típica, por não haver lesão nas dobras, concordando em que a histologia

sugere piodermite vegetante. Mantém a hipótese de farmacodermia. Refere que, nos seus casos, aplica sempre a medicação antitóxica associada aos antibióticos.

*Dr. Cesar Chiafitelli* — Formula a hipótese de eritema polimorfo.

*Dr. D. Peryassú* — Refere ter tido, há pouco tempo, caso semelhante, cuja histologia sugeria a hipótese de lúpus eritematoso. A doente melhorou com a administração de penicilina e o Prof. Ramos e Silva fêz o diagnóstico de dermatite herpetiforme vegetante. No caso em discussão, entretanto, não afasta o diagnóstico de pênfigo vegetante de Newmann, baseado nos trabalhos de Lewer. Acha que a melhora com a cortisona deve afastar a hipótese de piodermite vegetante. E' de parecer que, quanto à farmacodermia, sòmente o cloro, o iodo, o bromo e o arsênico produzem formas vegetantes. Refere que as erupções fixas são fugazes, enquanto que esta é persistente e a doente tomou Cibalena recentemente e não piorou. Opina no sentido de que o caso seja estudado em tôda a sua evolução. Respondendo ao Dr. Serra, afirma que a orla bolhosa não sòmente existe no pênfigo vegetante, como serve até de base diagnóstica.

*Dr. Glyne Rocha* — Sugere pesquisa da célula de Tzanck.

*Dr. Peryassú* — Informa que encontrou células epidérmicas modificadas, rejeitando, por considerar inaceitável, a hipótese de eritema polimorfo, formulada pelo Dr. Chiafitelli.

MICETOMA PODAL — Drs. Sylvio Fraga e J. L. Miranda

Comentário:

*Dr. D. Peryassú* — Sugere o tratamento pelas sulfonas, que têm dado bons resultados.

# Análises

REPARAÇÕES TEGUMENTARES IMEDIATAS EM CANCER DA FACE. VITOR SPINA e JOHN WOISKY, *Hospital*, Rio de Janeiro, 51:411(abr.),1957.

Os autores estudam uma série de casos de deformidades por exérese de tumores malignos da face, cuja reparação obedece ao plano de reconstituição imediata. Essa orientação oferece vantagens de ordem funcional e social.

São partidários da utilização de transplantes cutâneos da vizinhança.

Estabelecem as regras gerais da oportunidade do tratamento imediato e tardio do emprêgo da prótese facial.

*Resumo dos autores*

---

ALGUNS CASOS DE ALERGIA DERMATOLÓGICA. LAIN PONTES DE CARVALHO. *Rev. Centro Estudos Méd. do IPASE*, 1:23 (dez.), 1956.

São apresenatdos quatro casos de eczema de contato e um de eritema polimorfo, de etiologias pouco freqüentes.

1.º) — Sensibilidade à clorpromazina. Trata-se de enfermeira que trabalha em um Serviço de Psiquiatria e é portadora de eczema nas mãos, na flexão braço-antebraço e na região peri-orbicular, causado por sensibilidade à clorpromazina.

A paciente lida diàriamente com a clorpromazina, aplicando-a, em injeções, em diversos pacientes.

2.º — Eritema polimorfo por sensibilização bacteriana. Em menina de 9 anos é feito o diagnóstico de eritema polimorfo por sensibilidade ao *Streptococcus viridans*, ao *Pseudomonas aeruginosa* e ao *Aerobacter aerogenes*.

O diagnóstico de sensibilização bacteriana teve por base: a) os testes positivos realizados com técnica própria; b) as respostas às vacinas por lesões isomorfas às originais do eritema polimorfo; e c) pela melhora obtida com a aplicação destas mesmas vacinas.

3.º) — Alergia ao óleo Diesel. Comprovou-se a sensibilidade ao óleo Diesel em um maquinista de navio. O diagnóstico foi firmado pelos testes positivos, pela anamnese, que revelou melhoras no afastamento do ambiente, e pela localização das lesões. Obteve-se a confirmação reexpondo o paciente aos vapores de óleo Diesel, o que acarretou a recrudescência da afecção.

4.º) — Eczema por terebentina com hiperpigmentação. Em auxiliar de dentista, com lesões vesiculosas, descamativas e ceratósicas, côr de chocolate e com pontuação hipercrômica, situadas em ambas as mãos. Testes positivos para a terebentina, substância que a paciente usa diàriamente no seu trabalho.

A hiperpigmentação é seqüela das lesões e se deve a fatôres inerentes à constituição cutânea da paciente.

5.º) — Sensibilização de contato ao cigarro. Lesões com localizações típicas, isto é, limitadas ao contato com a substância suspeita, e reexposições repetidas à mesma substância, com resultados positivos, levaram à indicação de uma sensibilidade ao cigarro.

Foi cogitada a possibilidade de tratar-se de alergia à "piridina", substância encontrada na fumaça do cigarro e radical da hidrazida do ácido iso-nicotínico, que o paciente vinha tomando para tratamento de tuberculose pulmonar.

*Resumo do autor*

---

DERMATOBRUCELOSES. GENESIO PACHECO. *Rev. méd. de Juiz de Fora*, 1:189(mar. e jun.),1956.

O autor apresenta estudo sôbre as dermatobruceloses, citando as classificações de vários autores. .O trabalho é documentado com oito ilustrações.

Cita pormenores da sintomatologia respectiva. Concluindo, acha que um conhecimento importante, para orientação diagnóstica das dermatobruceloses, é a persistência das lesões no tempo, que, na maioria das vêzes, duram meses e anos e se mostram rebeldes aos diversos tratamentos tópicos empregados.

OPHELIA GUIMARÃES

---

CANCER DA VULVA. GILSON SALOMÃO. *Rev. méd. de Juiz de Fora*, 1:220 (mar. e jun.),1956.

O autor refere ter operado um caso de carcinoma epidermóide da vulva, no Serviço de Cirurgia de Mulheres da Santa Casa de Juiz de Fora. Menciona a sua relativa raridade e enumera dados clínicos colhidos na clínica particular do Dr. João R. Villaça e, também, no Serviço de Cirurgia de Mulheres, pelo mesmo chefiado.

Faz apreciação geral quanto aos trabalhos sôbre o assunto, conhecidos na literatura médica nacional, mencionando os oito casos de carcinoma da vulva, em 397 carcinomas genitais, encontrados no Serviço em que trabalha.

O autor termina relatando, com pormenores, as observações referentes aos casos citados.

OPHELIA GUIMARÃES

---

LÚPUS ERITEMATOSO COM MANIFESTAÇÕES HIPODÉRMICAS — KAPOSI-IRGANG (LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH HYPODERMIC MANIFESTATIONS — KAPOSI-IRGANG). NEWTON A. GUIMARÃES e NESTOR PIVA. *Acta dermat.-venereol.*, 36:404,1956.

Os autores referem caso de lúpus eritematoso, com manifestações nodulares profundas, confirmando a existência desta entidade e mostrando a impossibilidade, em tal caso, de considerar, clínica e histològicamente, as lesões observadas como de sarcóide de Darier-Roussy. Os autores preferem denominar o caso referido como "lúpus eritematoso com manifestações hipodérmicas", achando impróprio o têrmo "lúpus eritematoso profundo", pelas razões mencionadas.

*Resumo dos autores*

TRATAMENTO DE QUELÓIDES (THE TREATMENT OF KELOIDS). JOHN C. BELISARIO. *Acta dermato.-venereol.*, 37:165, 1957.

O autor menciona, de modo sucinto, os antigos métodos de tratamento dos quelóides.

Revê as observações sôbre os efeitos dos hormônios esteróides e da hialuronidase na cura das feridas e na cicatrização, bem como a sua aplicação clínica neste sentido, por diversos autores.

A presente investigação do autor consiste em comparar os resultados obtidos no tratamento de 144 quelóides, por seis métodos diferentes: *a*) radioterapia; *b*) bisturi ou electrocirurgia, seguida de radioterapia; *c*) injeções intralesionais de soluções de hidrocortisona (25 mgrs./c.c.), hialuronidase (150 u./c.c.) e uma combinação das duas soluções; *d*) injeções combinadas de bisturi ou electrocirurgia; *e*) injeções combinadas e radioterapia; e *f*) injeções combinadas e bisturi ou electrocirurgia seguidos de radioterapia.

Observou que a porcentagem de melhoras ou de curas permanentes foi notàvelmente maior com o último método, sendo, portanto, melhor o procedimento atual.

Chegou à conclusão de que as recidivas produzem-se, habitualmente, dentro dos três meses que sucedem ao tratamento. Não encontrou alguma que se tivesse verificado depois de seis meses.

Notou que o prurido e a sensibilidade, quando existiam, aliviavam-se mais ràpidamente por meio de injeções intralesionais do que por meio de radioterapia e que as injeções combinadas de hidrocortisona e de hialuronidase produziam menos mal-estar local do que as injeções isoladas de hialuronidase.

Parece ao autor que a associação de hidrocortisona e de hialuronidase, para injeções intralesionais, dá melhores resultados que qualquer destas substâncias ministrada isoladamente.

Descreve, do ponto de vista cosmético, os casos não satisfatórios.

Declara não ter observado melhora alguma nos casos de quelóide tratados com pomada de hidrocortisona isolada ou associada à hialuronidase.

*Resumo do autor.*

---

ASSOCIAÇÃO DE LINFOGRANULOMA VENÉREO E CANCER (LA ASOCIACION DE LINFOGRANULOMA VENEREO Y CANCER). JAIME ISAZA BORRERO e CARLOS RESTREPO ACEVEDO. *Antioquia med.* 7:61(mar.),1957

Os autores apresentam quatro casos nos quais há coexistência de lesões crônicas retais de linfogranuloma venéreo e carcinoma. O carcinoma estava localizado na região ano-retal, em três casos, e na região ano-vulvar, em outro. O tipo de tumor foi um carcinoma epidermóide, em dois casos, carcinoma epidermóide intra-epitelial (doença de Bowen), em um caso, e adenocarcinoma em outro.

Os autores não determinaram a causa desta associação, porém sugerem que a lesão inflamatória crônica possa representar papel importante, sem alijar outros mecanismos da infecção pelo vírus de L.V.

Considerando a alta incidência desta associação, recomendam que se tenha sempre presente a possibilidade de desenvolvimento de carcinoma em tôda a lesão crônica persistente de linfogranuloma venéreo.

*Resumo dos autores*

A ESPOROTRICOSE COMO DOENÇA OCUPACIONAL ENTRE OS TRABALHADORES DE OLARIAS (LA ESPOROTRICOSIS COMO ENFERMEDAD OCUPACIONAL EN LOS TRABAJADORES DE ALFARERIAS) JUVENTINO GONZÁLEZ BENAVIDES. *Bol. Soc. cubana de dermat. y sif.*, 13:9(set.),1956.

O autor apresenta trabalho, como contribuição ao estudo da esporotricose, assinalando, provàvelmente por vez primeira no seu meio, o evidente significado da doença em aprêço como enfermidade ocupacional nos oleiros e em pessoas relacionadas com a olaria.

Chega finalmente às seguintes conclusões:

1) dada a freqüência de casos de esporotricose entre o pessoal da indústria oleira e entre as pessoas relacionadas com esta indústria, sobretudo as que utilizam forragem no empacotamento do produto, considera a esporotricose como doença ocupacional entre os oleiros;

2) atendendo a que, na esporotricose, a reinfecção pode apresentar-se após a cura, considera que se deve recomendar à indústria de oleiros a adoção das seguintes medidas:

*a*) mudança do material de empacotamento (cartão, papel, filamentos de madeira, lã de vidro), ou, na sua impossibilidade, submeter a fumigação com fungicidas o material (forragem) que comumente se emprega;

*b*) visitas periódicas às olarias pelo Departamento de Riscos Profisisonais ou pelas autoridades sanitárias;

*c*) obrigatoriedade de que a emprêsa proporcione material de proteção aos operários (luvas, roupas, banhos, botas, etc.);

*d*) educação do pessoal destas indústrias quanto ao significado da fiel observância destas medidas, bem como quanto à enfermidade;

3) que as organizações médicas da República se dirijam a quem de direito para que seja incluída, na Lei Federal de Trabalho, a esporotricose como doença ocupacional, no pessoal da indústria oleira e nas pessoas relacionadas com esta indústria.

OPHELIA GUIMARÃES

---

ESCLERODERMIA GENERALIZADA. LESÕES VISCERAIS. ESTUDO DE 33 CASOS (ESCLERODERMIA GENERALIZADA. LESIONES VISCERALES. ESTUDIO DE 33 CASOS). GONZÁLEZ SALVATIERRA. *Rev. méd. Valparaiso*, 9:48(mar.),1956.

O autor relata a experiência pessoal de 33 casos de esclerodermia generalizada, nos quais pesquisou 17 com alterações viscerais de diversos tipos. Descreve os achados histológicos de três dêstes casos, autopsiados.

Enumera e comenta os sintomas mais freqüentes, entrando em considerações sôbre os respectivos sintomas iniciais. Relata, em particular, um caso de cada alteração visceral e os últimos cinco novos casos.

*Resumo do autor*

# Bibliografia Dermatológica Brasileira

Estados reacionais na lepra. Reação leprótica. Reação leprótica tuberculóide (reativação tuberculóide). Lepra tuberculóide reacional. Lesões limitantes. Nelson C. Campos e Paulo Rath de Sousa. Rev. brasil. de leprol., 25:1(mar.),1957.

Correlação entre os resultados da leitura clínica e do exame histopatológico da reação de Mitsuda. Luis Marino Bechelli, Paulo Rath de Sousa e Reinaldo Quagliato. Rev. brasil. de leprol., 25:3(mar.),1957.

Lepra conjugal. Estudo epidemiológico dos casos observados no Dispensário do D.P.L. em Campinas, São Paulo (1934-45). Reinaldo Quagliato. Rev. brasil. de leprol., 25:59(mar.),1957.

Fator "N" de resistência à lepra e relações com a reatividade lepromínica e tuberculínica. Valor duvidoso do BCG na imunização antileprosa. Abrahão Rotberg. Rev. brasil. de leprol., 25:85(mar.),1957.

Lepromino-reação em holandeses radicados há 2-3 anos no Brasil e sem contato conhecido com doentes de lepra. L.M. Bechelli. R. Quagliato e S.J. Nassif. Rev. brasil. de leprol., 25:107(mar.),1957.

Resultados preliminares do emprêgo do D-4-amino-3 isoxasolidinone no tratamento de três casos lepromatosos. Estevam de Almeira Neto e Durval de Paula e Silva. Rev. brasil. de leprol., 25:127(mar.),1957.

Reação de Mitsuda com antigeno preparado com pele de lesões de lepra indeterminada. Orestes Diniz e Hissa Abrahão Netto. Arq. min. de leprol., 17:3(jan.),1957.

A situação do problema da lepra em Minas Gerais. Organização da campanha de profilaxia. José Mariano. Arq. min. de leprol., 17:7(jan.), 1957.

Nova contribuição ao estudo dos males perfurantes plantares em caso suspeito de lepra. Joel Teixeira Coelho. Arq. min. de leprol., 17:35(jan.), 1957.

Cinquentenário do maior leprosário do mundo, a "Culion Leper Colony", das Filipinas. Alta contagiosidade da lepra para a infância. H. C. de Souza Araujo. Arq. min. de leprol., 17:41(jan.),1957.

Problemas da lepra em Uberaba. Divulgação dos novos rumos da profilaxia da lepra no Brasil. Afranio Rodrigues da Cunha. Arq. min. de leprol., 17:49(jan.),1957.

Rinha epizoótica em cobaios produzida por Trichophyton gypseum granulosum. C. Haberbeck Brandão e A. Martins de Castro Filho. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 16:62,1956.

---

Nesta lista bibliográfica são incluídos os trabalhos sôbre dermato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais, por nós recebidos.

Rinosporidiose ocular. José Lucas de Sousa, Carlos da Silva Lacaz e Mário E. A. Pasqualucci. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 16:154,1956.

Actinomicose primitiva das amídalas. Antonio L. Risa Rangel e Aurelino Ferreira. Rev. méd. Aeronáutica, 9:34(jan.-jun.),1957.

Trofoedema de Meige Milroy. R. D. Azulay. Hospital, Rio de Janeiro, 52:229(set.),1957.

Produção experimental de bôlhas por injeções intra-epidérmicas em doentes de pênfigo foliáceo. A. F. Martins de Castro e Mário Fonzari, Rev. paulista de med., 50:378(maio),1957.

Pênfigo ocular cicatricial. Affonso Bianco. Rev. paulista de med., 51:162(ag.),1957.

Simpósio sôbre tratamento da sífilis. Rev. méd. Juiz de Fóra, 2:282 (set.-dez.),1957.

Cloasma (tratamento pelo éter monobenzílico da hidroquinona). Bol. Centro de Estudos Hosp. Serv. Est., 9:210(jul.),1957.

Reação de Nelson-Mayer. Oswaldo B. Portella. Bol. Centro Estudos Hosp. Serv. Est., 9:214(jul.),1957.

Síndrome vascular neuro-cutânea de Sturger-Weber. Apresentação de um caso. Rev. goiânia de med., 3:21(jan.-mar.),1957.

Tratamento cirúrgico das úlceras do decúbito. Melchiades Cardoso de Oliveira. Rev. goiânia de med., 3:75(abr.-jun.),1957.

Elastorrexia sistematizada. Apresentação de 2 casos com síndrome de Cronblad-Strandberg em uma família. William Barbosa. Rev. goiânia de med., 3:85(abr.-jun.),1957.

THE INDEX

TO THIS VOLUME HAS BEEN REMOVED FROM THIS POSITION AND PLACED AT THE BEGINNING OF THE FILM FOR THE CONVENIENCE OF READERS.

Rinosporidiose ocular. José Lucas de Sousa, Carlos da Silva Lacaz e Mário E. A. Pasqualucci. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 16:154,1956.

Actinomicose primitiva das amídalas. Antonio L. Risa Rangel e Aurelino Ferreira. Rev. méd. Aeronáutica, 9:34(jan.-jun.),1957.

Trofoedema de Meige Milroy. R. D. Azulay. Hospital, Rio de Janeiro, 52:229(set.),1957.

Produção experimental de bôlhas por injeções intra-epidérmicas em doentes de pênfigo foliáceo. A. F. Martins de Castro e Mário Fonzari, Rev. paulista de med., 50:378(maio),1957.

Pênfigo ocular cicatricial. Affonso Bianco. Rev. paulista de med., 51:162(ag.),1957.

Simpósio sôbre tratamento da sífilis. Rev. méd. Juiz de Fóra, 2:282 (set.-dez.),1957.

Cloasma (tratamento pelo éter monobenzílico da hidroquinona). Bol. Centro de Estudos Hosp. Serv. Est., 9:210(jul.),1957.

Reação de Nelson-Mayer. Oswaldo B. Portella. Bol. Centro Estudos Hosp. Serv. Est., 9:214(jul.),1957.

Sindrome vascular neuro-cutânea de Sturger-Weber. Apresentação de um caso. Rev. goiânia de med., 3:21(jan.-mar.),1957.

Tratamento cirúrgico das úlceras do decúbito. Melchiades Cardoso de Oliveira. Rev. goiânia de med., 3:75(abr.-jun.),1957.

Elastorrexia sistematizada. Apresentação de 2 casos com síndrome de Cronblad-Strandberg em uma familia. William Barbosa. Rev. goiânia de med., 3:85(abr.-jun.),1957.

ANTIREUMÁTICO - ANALGÉSICO - ANTIFLOGÍSTICO - ANTIPIRÉTICO

- **A ADMINISTRAÇÃO** DE BUTAZONA EM TÔDAS AS FORMAS DE REUMATISMO, AGUDO, SUB-AGUDO E CRÔNICO, PRODUZ:

  IMEDIATO ALÍVIO DA DOR E DA CONTRATURA ESPÁSTICA
  IMEDIATA MELHORA DA FUNÇÃO ARTICULAR E MUSCULAR
  IMEDIATO AUMENTO DA SENSAÇÃO DE BEM ESTAR.

- **DOSES**

  ADULTOS
  DE ATAQUE: durante 2-5 dias - 600-800 mg (3-4 drágeas) por dia
  DE MANUTENÇÃO: durante 5-6 dias - 200-300 mg com intervalos de 4-7 dias.

  CRIANÇAS
  DE ATAQUE: durante 3-4 dias - 300-500 mg
  DE MANUTENÇÃO: durante 5-6 dias - 100-200 mg

  DEVE-SE MANTER diéta pobre de sal e administrar vitaminas C e P.

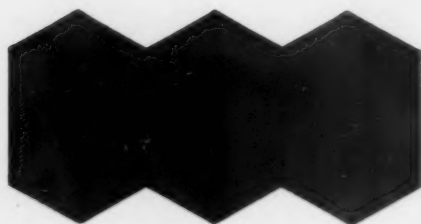
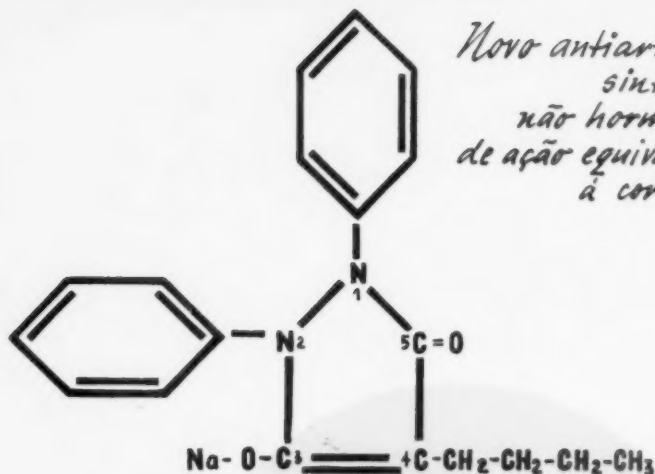
  CONTRA-INDICAÇÕES: - Úlcera gastro-duodenal - Hipertensão Desvios hematológicos - Insuficiência cárdio-renal.

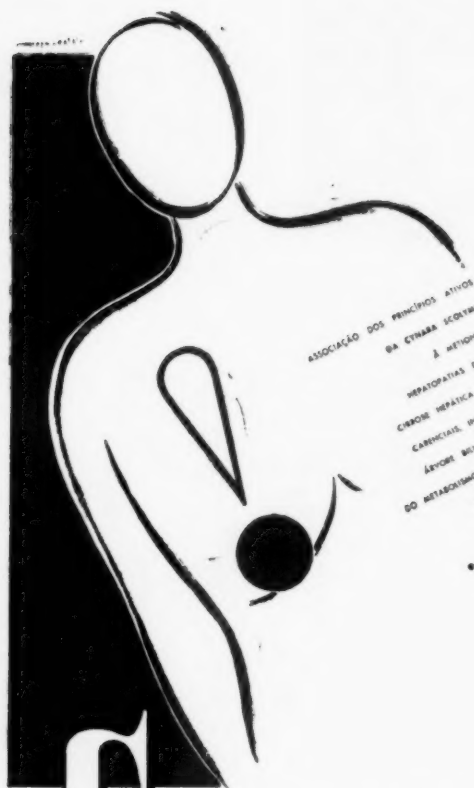
- **APRESENTAÇÃO**

  Tubo com 25 drágeas a 0,20 g - Caixa com 5 ampôlas a 0,50 g

**Instituto De Angeli do Brasil**

PRODUTOS TERAPÊUTICOS S. A.

RUA JOAQUIM TÁVORA, 519 - SÃO PAULO

**Butazona**

**DE ANGELI**

ASSOCIAÇÃO DOS PRINCÍPIOS ATIVOS
DA CYNARA SCOLYMUS
À METIONINA
HEPATOPATIAS DIFUSAS.
CIRROSE HEPÁTICA. ESTADOS
CARENCIAIS. INFECÇÕES DA
ÁRVORE BILIAR. DISTÚRBIOS
DO METABOLISMO DO COLESTEROL
ANTITÓXICO GERAL
• líquido
• comprimidos
• ampôlas
Cynaron-
metionina

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, seus quatro números anuais, um volume.
Consta da matérita de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio do Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.
Sua assinatura anual importa em Cr$ 200,00, para o Brasil, e Cr$ 240,00 para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 60,00, na época, e de Cr$ 70,00, quando atrasado.
Tôda a correspondência concernente a publicações ou assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao administrador geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6549).
Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Ésses trabalhos deverão ser dactilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês (ou dia e mês se o periódico fôr semanal) e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.
As ilustrações que acompanham os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados sôbre o assunto. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat e sif.*

---

## VOL. 32 (1957) — N. 4 (dezembro)

GRÁFICA EDITÔRA JORNAL DO COMÉRCIO S. A. — Av. Rio Branco, 117 — Rio de Janeiro — 1958